

This form is used for claiming the health insurance benefit.
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
歯科診療内容明細書

Name of Patient
患者名 KENPO TARO

Initial Office Visit
初診日 5. Mar. 2008

Date of Birth
生年月日 26.01.1960

Days of Services
診療日数 2 days

Sex M F
性別 男 女

Permanent Tooth 永久歯		Milky Tooth 乳歯	
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16	#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J
R. 8 7 6 5 4 3 2 +	1 2 3 4 5 6 7 8	R. E D C B A	A B C D E
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	E D C B A	A B C D E
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17	#T #S #R #Q #P	#O #N #M #L #K

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察			8. Filling Amal. 充填 アマルガム	1 serf. 2 serf. 3 serf.	
2. X-ray Bite-wings × レントゲン 咬翼型 診断 Periapical × 標準型 Panoramic × パノラマ			Comp. 複合レジン	1 serf. 2 serf. 3 serf. 面	
3. Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 投薬			9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 歯石除去 Fluoride フッ化物塗布			10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造 Post o Core 装着 メタルコア		
5. Extraction 抜歯			11. Crown Porcelain / Gold 冠 ポーセレン・金	LL2	300
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化 Gingival Curettage 盲嚢搔爬			Silver Alloy 銀合金 Other その他		
7. Pulp Cap 歯髄覆罩 Pulpotomy 歯髄切断・抜髄 Root Canal Therapy 根管治療			12. Bridge Work ブリッジ レンジ前装铸造	Abut 支台歯 ②LL①②	3,400
1 canal 2 canal 3 canal 根管			13. Plate Denture 有床義歯	Pontic ダミー	
			14. Other その他		

Total Fee
合計 **3,700**

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の名前及び住所 又は 歯科医院の名称及び所在地

〇 〇 〇 〇 〇

Date
日付 25 Mar. 2008

Signature
署名 △ △ △